

LA VIABILITÉ

EN MÉDECINE LÉGALE

DISCUSSION SUR LA VALEUR DE SES SIGNES
ET LA POSSIBILITÉ DE SON DIAGNOSTIC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le lundi 23 décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges JULIEN-LAFERRIÈRE

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né à Saintes (Charente-Inférieure), le 23 août 1877.



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1901

LA VIABILITÉ

EN MÉDECINE LÉGALE

DISCUSSION SUR LA VALEUR DE SES SIGNES
ET LA POSSIBILITÉ DE SON DIAGNOSTIC

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le lundi 23 décembre 1901

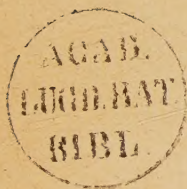
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges JULIEN-LAFERRIÈRE

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né à Saintes (Charente-Inférieure), le 23 août 1877.



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
8, rue de la Méditerranée

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. X.
Cliniques chirurgicales	{ Fochier. Gayet. GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (Maurice). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. CROLAS.
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

Professeur adjoint

Clinique des maladies des femmes	M. LAROYENNE.
--	---------------

Chargés de cours complémentaires

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Physiologie	DOYON,	—
Accouchements	FABRE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—
Hydrologie et matières alimentaires	CAUSSE,	docteur ès sciences

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE	VALLAS	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN
ROUX	SIRAUD	BERARD	VILLARD
COLLET	DURAND	SAMBUC	TIXIER
BOYER	PIC	BORDIER	FABRE
BARRAL	PAVIOT	COURMONT (P.)	REGAUD
MOREAU			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LACASSAGNE, président; WEILL, assesseur;
MM. BOYER et CHATIN, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

*A LA DOULOUREUSE MÉMOIRE
DE MON PÈRE*

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON ONCLE

Monsieur le Colonel LAFERRIÈRE

Officier de la Légion d'honneur.

*Je suis heureux, en lui dédiant ce travail, de
l'assurer de ma profonde reconnaissance
et de mon inaltérable attachement.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur LACASSAGNE

Professeur de médecine légale à la Faculté
Officier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Professeur CAILLEMER

Doyen de la Faculté de droit de Lyon
Professeur de droit civil
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Dans un mémoire qu'il publiait, il y a bien longues années, Tardieu faisait ressortir « l'intérêt particulier et la complexité des problèmes qui se rattachent au sujet de la viabilité, l'un des plus difficiles de la médecine légale ». Cette appréciation du célèbre médecin légiste eût dû peut-être nous dissuader d'aborder ce problème si ardu. Pourtant, nous avons cru faire œuvre utile en remettant au jour cette question, un peu délaissée par les médecins depuis quelques années.

Les études complètes, en effet, faites sur ce sujet, sont toutes de date assez ancienne. Or, depuis qu'Orfila, que Tardieu, que Tourdes même publiaient leurs leçons de médecine légale, les sciences médicales ont fait des progrès. L'obstétrique, la chirurgie, la médecine infantile ont gagné du terrain. Le nouveau-né surtout a bénéficié des conquêtes de notre science. Son existence est mieux assurée, ses chances de mort vont diminuant. Les conditions de sa viabilité ne sont plus les mêmes actuellement.

Il y avait donc intérêt à les remettre au point, à les examiner à nouveau. De toutes les questions, en effet, que

le magistrat pourra poser à l'expert, aucune ne l'embarassera plus que celle-ci : Tel enfant est-il ou n'est-il pas viable ? Sur quels signes l'expert pourra-t-il appuyer sa réponse ?

Où trouvera-t-il des preuves assez fortes pour entraîner chez lui la conviction qu'il devra faire partager au juge ? Ces preuves mêmes, pourra-t-il les trouver quelque part ? Cette conviction pourra-t-il l'acquérir ? Mais, s'il ne le peut pas, la loi ne lui demande-t-elle pas plus qu'il ne saurait lui donner ?

Tels sont surtout les différents points que nous nous sommes efforcé d'élucider. Peut-être la difficulté de la tâche aura-t-elle excédé nos forces. Peut-être aurons-nous été téméraire en abordant un problème dont un grand maître ne craignait pas d'avouer la complexité.

Heureusement, nous ne fûmes point réduit à nos propres ressources. M. le professeur Lacassagne, après avoir approuvé l'idée première de notre travail, a bien voulu nous prodiguer ses conseils. Nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus gracieux, les enseignements les plus élevés. Qu'il reçoive ici l'expression de tous nos remerciements, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider la soutenance de notre thèse.

Nous tenons aussi à assurer tout spécialement de notre gratitude M. le professeur Caillemer, doyen de la Faculté de droit de Lyon. C'est à lui seul que nous devons d'avoir pu, au début de ce travail, donner de la viabilité un court aperçu juridique. Sa haute direction est venue corriger puissamment notre incompetence presque absolue en matière de droit. Nous n'étions point son élève, pourtant il a toujours fait preuve à notre endroit d'une courtoisie,

d'une complaisance, nous dirons même d'une bonté dont nous avons à cœur de le remercier ici publiquement.

Dans la première partie de ce travail, nous nous demanderons rapidement ce qu'entend la loi française par le mot de viabilité. Nous comparerons la doctrine de notre Code avec celle des législations étrangères ; et nous examinerons les arguments principaux qui ont été formulés contre cet article de notre loi.

Dans une deuxième partie, nous étudierons les conditions scientifiques de la viabilité, et les signes qui permettent de reconnaître ou de nier chez l'enfant l'aptitude à la vie extra-utérine.

PREMIÈRE PARTIE

Aperçu juridique sur la viabilité.

Avant d'entreprendre l'étude des conditions scientifiques de la viabilité, et d'examiner les signes qui pourront guider l'expert dans ces délicates recherches, il faut tout d'abord savoir ce qu'entend le législateur par ce mot de viabilité. Il convient d'examiner les cas dans lesquels le juge peut poser au médecin cette question, de montrer à l'expert quels intérêts primordiaux il pourra avoir entre les mains, quelle sera par conséquent l'étendue de sa responsabilité.

Ici déjà nous entrons dans le domaine des obscurités et des discussions. Qu'est-ce que la viabilité ? Le Code ne nous le dit pas. Trois fois il prononce le mot, sans en préciser aucunement le sens.

C'est d'abord à propos du désaveu de la paternité. L'article 314 du Code civil est ainsi conçu : « L'enfant né avant le 180^e jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivants :

« 1^o S'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage ;

« 2° S'il a assisté à l'acte de naissance, si cet acte est signé de lui ;

« 3° *Si l'enfant n'est pas déclaré viable.* »

Le problème de la viabilité confine donc à celui de la légitimité, et nous verrons plus tard à quelle confusion cet article a donné lieu.

Continuons à feuilleter le Code civil. A l'article 725, nous lisons : « Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession. Ainsi sont incapables de succéder :

« 1° Celui qui n'est pas encore conçu ;

« 2° *L'enfant qui n'est pas né viable ;*

« 3° Celui qui est mort civilement. »

Ainsi la loi reconnaît à l'embryon encore renfermé dans le sein maternel le droit de recueillir une succession. Mais à ce droit, elle pose deux conditions essentielles : la première est qu'il naîtra vivant, la seconde qu'il naîtra viable.

De même l'enfant, pendant sa vie intra-utérine, pourra recevoir par donation ou testament, mais toujours le législateur pose les mêmes conditions :

« Pour être capable de recevoir entre vifs, — dit l'article 906, — il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. Néanmoins la donation et le testament n'auront d'effet *qu'autant que l'enfant sera né viable.* »

A ces trois articles se bornent les enseignements de notre Code. Quant à nous dire en quoi consiste la viabilité, quelles peuvent en être les conditions matérielles, le législateur n'en prend pas soin.

Adressons-nous donc aux auteurs, jurisconsultes ou médecins. Chacun d'eux donne une définition différente; on discute même sur l'étymologie du terme. Viabilité pour les uns viendrait de *viæ habilis*, aptitude à parcourir la carrière de la vie: pour les autres, son origine serait beaucoup plus simplement *vitæ habilis*, aptitude à vivre. Avouons d'ailleurs que c'est là pure chicane de grammairiens, et passons.

« La viabilité, nous dit Ollivier d'Angers, c'est l'aptitude à la vie extra-utérine. » Définition excellente par sa simplicité même, et dont toutes les autres ne seront que le développement. « C'est, dit Fodéré, un état du nouveau-né qui le fait déclarer assez fort pour nous faire espérer qu'il vivra. » Pour Orfila, « c'est la possibilité de parcourir aussi longtemps que le commun des hommes la carrière de la vie extra-utérine ». Pour Littré, « c'est l'état du fœtus qui au moment de sa naissance présente une conformation assez régulière et assez de développement pour que les fonctions nécessaires à l'entretien de la vie puissent s'exécuter d'une manière plus ou moins durable ». Tardieu, résumant les diverses conditions de la viabilité, nous en donne une définition à laquelle nous donnerons la préférence, car elle nous fait apercevoir d'emblée les côtés principaux de la question. « Être né viable, dit-il, c'est être né vivant et avoir vécu d'une vie autre que la vie intra-utérine et présenter en outre un développement général, une conformation et un état de santé non incompatibles avec la continuation définitive de la vie. »

Ainsi, pour qu'il y ait viabilité, il faut d'abord nécessairement qu'il y ait vie. L'enfant pourra naître dans des

conditions parfaites de maturité, de conformation organique ; qu'importe ! S'il n'est pas né vivant, c'est-à-dire s'il n'a pas vécu d'une vie propre, due au seul fonctionnement de ses organes, et complètement indépendante de la vie maternelle, tout cela ne lui servira de rien. Cet enfant, aussi développé, aussi parfaitement constitué que nous pourrions le supposer, ne sera cependant qu'un mort-né. La mort, il est vrai, pourra être due à des causes purement accidentelles : un traumatisme portant sur l'utérus maternel, une intervention maladroite ou seulement un obstacle imprévu au cours d'un accouchement laborieux. Néanmoins la question de viabilité ne se pose pas ; car pour être né viable, la condition essentielle est d'être né vivant.

La simple lecture des articles du Code qui font mention de la viabilité nous laisse déjà deviner les conséquences capitales qu'ils pourront entraîner. Le passage d'une succession sur la tête d'un enfant, dont la vie ne dure que quelques instants, n'est point un fait sans importance. Prenons un exemple pour mieux en faire comprendre la portée. Un père vient à décéder, sans avoir testé, laissant une épouse enceinte, et des parents collatéraux. La succession est légalement déferée à son enfant, bien que celui-ci ne soit pas encore né, mais à la condition expresse qu'il naîtra vivant et viable. Or l'enfant vient au monde vivant mais meurt quelque temps après sa naissance. Était-il viable ? Les courts instants pendant lesquels il aura vécu auront alors suffi pour lui permettre de recueillir une succession, qu'il transmettra en mourant à sa mère, son héritier naturel. Si, tout au contraire, sa non-viabilité est établie, il sera déclaré par suite incapable de succéder :

les parents collatéraux de son père auront seuls tous les droits à la succession, et sa mère se trouvera ainsi déposée.

Nous avons supposé, pour être plus intelligible, un des cas les plus simples qui puissent se présenter. Il montre cependant quelles conséquences peut entraîner la solution de ce problème, quelle lourde responsabilité par conséquent incombe à l'expert, qui seul, le plus souvent, est chargé de donner cette solution. S'il est vrai, en effet, que les magistrats jugent suivant ce qu'on leur rapporte, ils ne sont dans aucun cas, plus que dans celui-ci, obligés de juger sur le seul rapport de l'expert, à qui la loi, par son laconisme même, laisse la plus grande initiative.

Cette condition de viabilité, si importante dans ses conséquences, ne fut pas toujours exigée dans notre droit. C'est notre Code civil qui, le premier, en fit mention. Mais, comme la plupart de nos lois ont leur origine, soit dans le droit romain, soit dans les vieilles coutumes de notre pays, certains juristes cherchèrent à retrouver dans la loi romaine l'origine de cette question. Nous ne nous lancerons point dans une semblable discussion, qui ne saurait trouver place ici, et serait d'ailleurs au-dessus de notre compétence. Nous admettrons plus volontiers l'opinion de Savigny et de nombreux autres auteurs, pour lesquels la condition de viabilité n'était nullement exigée en droit romain.

La raison, d'ailleurs, nous en semble naturelle. A Rome, le médecin n'était point fait pour inspirer confiance à la justice. Certes, il y eut des médecins très illustres, mais tous étaient étrangers, élèves des écoles d'Athènes ou d'Alexandrie. Leur petit nombre et surtout

leur qualité d'étrangers ne leur permettaient point de faire école. Pourtant, ce furent, à cette époque, les seuls médecins vraiment dignes de ce nom. Aussi, lorsque les écoles de la Grèce vinrent à péricliter, la médecine ne fut plus à Rome qu'un art purement empirique. Elle devint, pour ainsi dire, un art domestique ; chaque famille avait son médecin ; c'était un esclave ignorant, et le plus souvent indigne de confiance. C'est à ce moment même que Justinien entreprenait la revision complète des lois du peuple romain. Il n'est point surprenant que, dans de telles conditions, il n'ait point sollicité le concours des médecins. Le droit, au contraire, était à Rome une science avancée, cultivée par des esprits éminents. Comment donc la médecine eût-elle pu inspirer confiance à la justice ? Aussi, tous les problèmes d'ordre biologique, qui eussent nécessité l'intervention des médecins, étaient soigneusement écartés. Avant tous les autres, devait l'être celui de la viabilité, car il exige de l'expert une connaissance du développement embryogénique, une science de la physiologie dont on n'avait pas à cette époque l'idée la plus vague.

Donc, dans le droit romain, il n'était pas question de viabilité. La loi exigeait seulement du nouveau-né qu'il fût vivant ; encore les preuves de la vie étaient-elles très arbitraires, fondées surtout sur le témoignage des personnes qui avaient assisté à la naissance.

Toutes les nations qui se constituèrent après la chute de l'empire, copièrent leurs législations sur celle de Rome. En France, comme dans la plupart des pays d'Europe, les doctrines romaines furent conservées presque intactes. Sous le règne de Dagobert, un capitulaire

du bon roi établit « qu'un seul regard de l'enfant prouvait son existence ». Plus tard saint Louis décréta que « seul le cri constituait une preuve certaine de la vie ». De viabilité, il n'était point question.

C'est, disions-nous, le Code civil français qui le premier en fit mention. La plupart des nations européennes, qui, au début du xix^e siècle, prirent notre Code comme modèle, en adoptèrent les différentes doctrines. La viabilité dès lors se trouve exigée presque partout. En Italie, l'article 725 du Code civil reproduit la doctrine du Code français ; mais d'après les termes mêmes de la loi, la présomption, dans les cas douteux, est toujours en faveur de la viabilité, lorsque l'enfant est né vivant. Le droit espagnol, dans l'article 30 du Code, se montre encore plus exigeant que le nôtre : « Il faut que l'enfant ait figure humaine, et vive vingt-quatre heures séparé de sa mère pour être une personne. » Ainsi la loi espagnole assigne au nouveau-né, pour reconnaître ses droits, une durée minima d'existence, dont la nôtre ne fait point mention.

Cependant, il est encore, à l'heure actuelle, des nations qui restent fidèles à l'ancienne tradition romaine. C'est d'abord l'Angleterre, qui, soumise aux vieilles doctrines, n'admet point cette condition de viabilité. Dans la jurisprudence anglaise, la vie extra-utérine suffit au nouveau-né pour conquérir ses droits civils, quelque éphémère que soit la durée de son existence.

La loi allemande non plus n'exige point de l'enfant qu'il naisse viable pour recueillir une succession ou un héritage. Dans le nouveau Code allemand, le mot de viabilité n'est pas prononcé une seule fois. Par contre, la loi

admet le désaveu de paternité quand l'enfant naîtra moins de deux cent dix jours après la célébration du mariage. Elle est donc sur ce point moins large que la loi française.

Dans le droit autrichien, dans le droit roumain, la doctrine est la même. Enfin, en Amérique, le Code argentin, s'inspirant des idées de Savigny, rejette également la condition de viabilité. Il soutient que cette doctrine est contraire aux principes généraux du droit, et donne lieu dans la pratique à des erreurs inévitables.

Tels sont, en effet, les deux grands arguments qu'invoquent les adversaires de la doctrine du Code français. La capacité de la personne, disent-ils, est inviolable; elle est constituée au moment même de la naissance, et ne peut dès lors se restreindre, ni être soumise à des conditions dépendant de la durée de l'existence.

A cette critique qui pourrait être adressée à la loi espagnole, nous objecterons d'abord que, dans l'esprit du Code français, la viabilité de l'enfant est pleinement indépendante de la durée de sa vie. Le nouveau-né peut mourir quelques minutes à peine après sa naissance; il n'en sera pas moins réputé viable, si sa mort est due à des causes extérieures étrangères à lui, si elle ne peut être imputée ni à son défaut de maturité, ni à son organisation vicieuse. Puis, il nous semble qu'il faut ici établir une distinction. Les droits dont se prévaut l'enfant peuvent lui être échus, soit pendant sa gestation, soit après sa naissance, dans les courts instants qu'il a vécu hors du sein maternel. La seconde hypothèse se trouvera, d'ailleurs, réalisée beaucoup plus rarement que la première.

Aussi voulons-nous l'examiner de suite, pour n'y plus revenir.

Les droits échus à un nouveau-né après sa naissance peuvent-ils lui être contestés, sous le prétexte que ce nouveau-né n'était pas viable ? La question est très discutée et des juristes éminents répondent encore par l'affirmative. S'il nous était permis d'élever la voix à côté d'eux, nous ferions remarquer que les droits du fœtus pendant la vie intra-utérine et les droits de l'enfant après sa naissance sont absolument différents. Que le nouveau-né soit un avorton, un monstre, un malade, qu'il soit voué à une mort imminente, il n'en est pas moins un être vivant. Ce titre ne lui suffit-il pas pour que les droits qui s'ouvriront à ce moment pour lui soient absolus ? Les lui contesterait-on parce que sa vie s'est éteinte quelques minutes plus tard ? Mais, lorsque deux parents succombent dans un accident, ne reconnaît-on pas les droits de celui qui a survécu, bien que cette survie n'ait été que d'une ou deux secondes ? Il nous semble donc que la question de viabilité ne devrait se poser que comme restriction aux droits du fœtus. Le nouveau-né, quel qu'il soit, est une personne civile, dont la capacité est inviolable.

Il n'en est pas de même lorsque l'enfant se prévaut de droits échus pendant sa gestation. Dans ce cas, il nous semble qu'un même principe a inspiré tous les Codes. Toutes les législations sont unanimes à exiger, pour consacrer les droits qui ont été conférés à l'enfant pendant sa vie intra-utérine, qu'il naisse vivant. C'est donc admettre que l'enfant dans le sein maternel n'est pas une personne, au sens juridique du terme. Mais, au moment de sa naissance, la loi veut bien tenir compte du temps pendant lequel, simple embryon, il n'en n'était pas moins un être vivant. Elle consent à revenir en arrière, et à fair

remonter jusqu'au moment de la conception l'existence civile de l'enfant. Mais que le nouveau-né ne vive pas, qu'il soit un mort-né, toutes les juridictions sont unanimes à lui refuser tous les droits, parce qu'avant sa naissance, il n'était pas une personne.

Que fait donc de plus le Code français ? Comme tous les autres, il soumet à certaines conditions la capacité de l'embryon ; il se montre seulement plus exigeant, demandant à l'enfant de naître non seulement vivant, mais encore apte à continuer sa vie. Les conditions sont plus sévères, mais toujours basées sur le même principe juridique. Le législateur, en demandant la viabilité, n'outrepassait pas ses droits plus qu'en réclamant la vie.

Mais les adversaires de la viabilité invoquent encore un autre grief. C'est l'impossibilité où se trouvent le plus souvent les médecins de reconnaître les caractères de la viabilité. Cet argument d'ordre scientifique a plus de poids. Nous verrons, dans le cours de ce travail, en étudiant les conditions matérielles de la viabilité, quel fondement il présente et quel cas il faut en faire.

La jurisprudence française semble d'ailleurs avoir tenu compte de l'embarras fréquent dans lequel sera mis l'expert ; elle semble même avoir prévu souvent son aveu d'incompétence. Aussi les arrêts rendus sur ce sujet par les diverses Cours établissent-ils nettement que la viabilité sera présumée toutes les fois qu'il y aura vie. On conçoit dès lors que l'expert n'aura jamais à faire la preuve de la viabilité ; toujours il devra rechercher les signes de non-viabilité, et tant que celle-ci ne sera pas établie sur des preuves certaines et irréfutables, la présomption restera toujours en faveur de la viabilité.

En parcourant, dans nos *Annales de médecine légale*, le compte rendu des principales affaires de viabilité jugées dans notre siècle, et les rapports médicaux auxquelles elles ont donné lieu, nous ne fûmes pas peu surpris de lire, au milieu d'un rapport d'Orfila, les lignes suivantes : « Admettons que l'enfant ait vécu, cela prouverait-il qu'il était viable ? Non certes, on ne doit regarder comme viables que les enfants qui ne sont affectés d'aucun vice de conformation qui les empêche de vivre, et dont les organes ont acquis un développement convenable pour exercer les fonctions auxquelles ils sont destinés. »

Cette assertion nous semble en opposition complète avec l'esprit de notre jurisprudence. Les termes devraient en être renversés, nous semble-t-il. Tous les enfants vivants doivent être considérés comme viables, à l'exception de ceux chez lesquels on a démontré nettement et sans aucun doute l'existence d'un vice de conformation nécessairement incompatible avec la vie, ou un développement trop peu avancé pour permettre aux organes d'exercer les fonctions auxquelles ils sont destinés.

Donc la viabilité est toujours présumée, comme le fait le plus ordinaire. Aussi, lorsque s'ouvre la succession d'un enfant, le demandeur n'a qu'à établir que cet enfant, aux droits duquel il se présente, est réellement né vivant ; il n'a nullement à prouver sa viabilité. C'est au contraire à ses adversaires, à ceux qui attaquent la succession, de démontrer que l'enfant n'est pas né viable.

Telle est, du moins, la doctrine préconisée par la plupart des jurisconsultes et généralement admise aujourd'hui. Certains auteurs cependant ont soutenu l'opinion contraire, s'appuyant sur ce fait que l'article 725 du

Code civil mentionne à la fois la vie et la viabilité, sans faire de distinction entre elles. Dès lors, le représentant de l'enfant, s'il est tenu de prouver l'une, est par la même raison obligé de prouver l'autre. Cette manière de voir n'est plus admise aujourd'hui, et c'est toujours à la partie adverse à faire la preuve de la non-viabilité.

Puisque la loi civile refuse à l'enfant qui n'est pas viable le titre de personne, la loi pénale doit-elle considérer comme un crime le meurtre d'un tel être, et le punir comme le meurtre d'un enfant parfaitement viable ? En d'autres termes, la viabilité doit-elle entrer en cause dans les affaires d'infanticide ? Cette question encore a été très discutée. On a soutenu que le meurtre commis sur un enfant non viable, c'est-à-dire sur un être dont la vie n'est pas reconnue par la loi, ne pouvait constituer un crime. MM. Chauveau et Hélie ont très judicieusement résumé la question :

« La loi pénale, disent-ils, ne s'est point expliquée sur le degré de viabilité que l'enfant doit posséder pour que sa mort puisse être un crime ; elle n'a précisé ni le terme de sa gestation, ni le développement qu'il doit avoir. Il suffit qu'il ait existé, quelque frêle qu'ait été cette existence... De quel droit disposerait-on de la vie d'un être humain ? Pourquoi serait-il permis d'en précipiter le cours ? On objecte qu'il est voué à une mort certaine : cela est vrai ; et c'est même parce que cette vie, sitôt déclarée, reste indécise et confuse que la loi civile a hésité d'y faire reposer un droit. Mais cet être qui se débat contre la mort existe cependant.

« Il ne faut pas confondre les principes de la loi qui protège les intérêts privés, avec ceux de la loi qui protège

les intérêts de l'humanité elle-même. La première peut refuser d'accorder un droit d'héritage à l'enfant qui doit succomber aussitôt ; l'autre ne fait point de distinction ; elle ne voit qu'un être qui existe, et dont elle doit protéger la vie chétive pendant les heures qui lui sont données. Et pourquoi sa protection ne lui serait-elle pas accordée aussi bien qu'au malade à l'agonie, au vieillard parvenu au terme de son existence, au condamné à mort jusqu'à l'exécution réelle de sa condamnation ? — Distinguer pour punir entre l'enfant qui est né viable et celui dont la viabilité serait douteuse, ne serait-ce pas vouer à la mort une foule d'êtres faibles ? ne serait-ce pas surtout couvrir d'une excuse perpétuelle tous les crimes commis sur les enfants ? »

La viabilité ne peut donc être admise que comme une restriction apportée aux droits échus à l'enfant pendant sa vie intra-utérine. Il n'est pas encore une personne ; si la loi lui reconnaît certains droits, c'est uniquement en vue de son existence future, et à la condition expresse que cette existence future se manifeste clairement. Ainsi comprise, la doctrine du Code français ne saurait être attaquée, elle est pleinement rationnelle.

Il nous reste maintenant à étudier les conditions mêmes de la viabilité, les signes auxquels l'expert pourra la reconnaître. C'est là surtout la tâche que nous nous sommes imposée. Nous verrons si vraiment ces signes sont insuffisants, si les éléments de certitude font souvent, comme on l'a soutenu, défaut au médecin et au juge. Ainsi nous examinerons le second et principal argument des adversaires de la viabilité.

DEUXIÈME PARTIE

Des conditions de la viabilité et des signes qui en permettent le diagnostic.

En 1826, Chaussier, médecin en chef de la maternité de Paris, frappé du laconisme du Code au sujet de la viabilité, présentait au garde des sceaux un mémoire médico-légal, où il proposait d'introduire dans la législation les cinq articles suivants :

ARTICLE. PREMIER. — Est réputé non viable l'enfant qui naît avant les trois derniers mois de la grossesse et qui meurt aussitôt ou peu d'heures après la naissance.

ART. 2. — Est également réputé non viable l'enfant qui, parvenu au terme de la grossesse, naît anencéphale, c'est-à-dire avec privation totale ou partielle du cerveau et du crâne, quand même il serait constaté qu'il a crié ; et celui qui a quelque autre vice de conformation, tel qu'il ne puisse conserver la vie, en exécuter les fonctions.

ART. 3. — Est également réputé non viable tout enfant qui, attaqué d'une maladie dans le sein de sa mère, meurt dans les vingt-quatre heures qui suivent sa naissance, quelle qu'en soit la cause.

ART. 4. — Est aussi réputé non viable l'enfant qui, par la longueur ou la nature de l'accouchement, éprouve dans la circulation une gêne telle qu'il naisse mourant et attaqué d'un épanchement de sang dans le cerveau, et d'un véritable état d'apoplexie et de paralysie dans tous les membres, que les secours de l'art ne peuvent rétablir et qui meurt quelques heures après la naissance.

ART. 5. — Est reconnu et déclaré viable, apte à jouir des privilèges de la société l'enfant dont la tête est bien conformée, qui, au plus tôt trente-six heures après sa naissance, est présenté vivant et vigoureux à l'officier de l'état-civil, qui l'inscrit aussitôt sur ses registres avec les prénoms qu'on lui donne et les qualités des parents et des personnes qui le lui présentent.

Ces articles furent avec raison rejetés. Il était, en effet, impossible d'introduire de telles clauses dans une loi, de restreindre de telle sorte le champ des investigations de l'expert. C'eût été, il est vrai, simplifier sa tâche; mais, nous le verrons tout à l'heure, les signes de la viabilité sont trop variables pour pouvoir être ainsi fixés d'une manière immuable, et réunis en des cadres pouvant s'appliquer indistinctement à tous les cas.

Les articles de Chaussier peuvent d'ailleurs, au point de vue scientifique, donner lieu aux objections les plus sévères. Nous les avons cependant reproduits ici, car ils indiquent bien les ordres principaux de considérations auxquelles doit s'attacher l'expert dans la recherche de la viabilité.

L'enfant pourra ne pas être viable, parce qu'il n'aura pas fait dans l'utérus maternel un séjour assez long pour obtenir le degré de maturité nécessaire à la vie.

Ou bien il naîtra dans un état de maturité complet, mais

ses organes auront subi des malformations qui en rendent le fonctionnement impossible.

Ou bien l'enfant aura contracté pendant sa vie intra-utérine une maladie qui causera nécessairement sa mort dès qu'il ne subira plus l'influence maternelle.

Maturité, conformation, santé, telles sont donc les conditions essentielles de la viabilité. Mais avant toutes celles-là, il en est une primordiale, nous le savons : c'est la vie. Avant toute autre chose, l'expert devra se demander si l'enfant est né vivant, c'est ce que nous allons nous-même examiner dès le début.

CHAPITRE PREMIER

DES PREUVES DE LA VIE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

L'enfant qui naît manifeste en général son existence dès les premières secondes qui suivent sa sortie du sein maternel. La première manifestation est un cri; et quiconque a assisté à un accouchement sait avec quelle attention le médecin ou la sage-femme guette ce premier cri de l'enfant naissant, indice de sa vie, de sa vigueur, de sa bonne constitution. Or, le cri est une expiration. L'enfant respire, le sang afflue dans ses poumons, et c'est l'établissement de cette importante fonction qui marque définitivement le début de sa vie extra-utérine.

Il était donc rationnel de chercher dans les organes respiratoires les preuves de la vie du nouveau-né, et d'étudier les modifications qu'imprime au poumon et aux diverses parties du thorax l'établissement de la respiration. C'est là que devra tout d'abord s'adresser l'expert pour rechercher si l'enfant a vécu.

Déjà, à la simple ouverture du thorax, le volume, la consistance, la coloration de ces organes pourront lui fournir des indications précieuses. Mais c'est surtout dans l'étude de leur poids spécifique qu'il trouvera les données les plus exactes.

L'air, en pénétrant dans le poumon, le distend et diminue par conséquent sa densité, qui devient dès lors inférieure à celle de l'eau. Aussi le poumon, plongé dans l'eau, surnagera à sa surface. Avant la respiration, au contraire, sa densité variait de 1045 à 1056; plongé dans l'eau il ne pouvait surnager et gagnait le fond du vase. Cette appréciation de la respiration, basée sur les modifications du poids spécifique du poumon, a été étudiée depuis fort longtemps, sous le nom de docimasie pulmonaire.

Des résultats fournis par la docimasie pulmonaire.

Nous n'entreprendrons pas ici l'étude détaillée des opérations qui constituent la docimasie. Une telle étude nous entraînerait hors des limites de notre sujet, et d'ailleurs nous ne saurions rien ajouter de nouveau aux travaux si complets et si documentés qui ont été publiés sur cette question. Nous renverrons seulement le lecteur au remarquable ouvrage de Tardieu sur l'*Infanticide*, à l'étude plus récente de Brouardel sur le même sujet (1), aux travaux de MM. Favre (2) et Daday (3). Il y trouvera dans tous ses détails la technique des expériences docimasiques.

Nous voudrions seulement examiner ici la valeur des résultats fournis par ces expériences. Cette méthode, plus exacte que les procédés généralement employés en médecine, nous conduira-t-elle vraiment à une certitude absolue ?

(1) BROUARDEL : *L'Infanticide*, 1897.

(2) FAVRE : *La Docimasie pulmonaire. Rôle de la putréfaction du poumon. Étude médico-légale*, thèse de Paris, 1896.

(3) DADAY : *Contribution à l'étude de l'infanticide*, thèse de Lyon, 1896.

« Il faut, dit Tardieu, se mettre en garde contre une erreur dont les conséquences seraient graves, et ne pas substituer, comme cela arrive surtout dans la langue des magistrats et même parmi les médecins, à la question de savoir si un enfant a vécu, celle de savoir s'il a respiré. En effet, si un enfant qui a respiré a certainement vécu, la réciproque n'est pas toujours vraie, et un enfant qui n'a pas respiré peut néanmoins être né vivant. »

Est-il même bien certain qu'un enfant qui a respiré a certainement vécu ? On n'oserait plus le soutenir aujourd'hui, car on cite des observations indiscutables d'enfants ayant respiré avant leur naissance.

« Lorsque les membranes sont rompues, les eaux écoulées, bien que la tête ne soit encore qu'au détroit supérieur, on conçoit que l'air puisse arriver jusqu'à lui, quand on pratique le toucher, et à plus forte raison, s'il y a eu déjà quelques manœuvres d'accouchement. » (Briand et Chaudé.)

Avouons d'ailleurs que ce sont là des faits exceptionnels, qui ne sauraient entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'apprécier des résultats généraux. L'enfant qui a respiré avant de naître n'a jamais respiré que très incomplètement, et dans ces cas l'examen des poumons ne permettra guère l'erreur. Nous pouvons dire d'une façon générale que l'enfant qui a respiré a certainement vécu.

Pouvons-nous ajouter que l'enfant dont les poumons flottent à la surface de l'eau a certainement respiré et par conséquent vécu ? On reconnaît généralement à l'épreuve docimastique plusieurs causes d'erreur. Nous écarterons de suite les moins importantes. Les poumons d'un

mort-né peuvent surnager, ou parce qu'ils ont été insufflés artificiellement, ou parce qu'ils sont congelés, ou parce qu'ils ont été conservés dans l'alcool. L'énumération seule de ces cas suffit à montrer avec quelle rareté ils peuvent se présenter, et combien il est facile de ne pas se laisser tromper.

Mais il est une autre cause, qui semble *a priori* avoir beaucoup plus de valeur : c'est la putréfaction. Les gaz de la putréfaction ne jouent-ils pas, en pénétrant dans le poumon, le même rôle que l'air inspiré ? Ne viennent-ils pas distendre le poumon et partant diminuer son poids spécifique ? Il semble qu'il y ait là une cause d'erreur inévitable et excessivement fréquente, car bien souvent les petits cadavres soumis à l'examen ont séjourné plusieurs jours dans des lieux plus ou moins orduriers, et présentent des phénomènes de décomposition cadavérique assez avancée. Longtemps on a cru, en effet, qu'il était impossible, en présence d'un cadavre putréfié de nouveau-né, de dire, si oui ou non il avait respiré.

MM. Bordas et Descouts, depuis 1895, ont cherché à établir par leurs expériences, que la putréfaction du poumon ne modifie en rien les conditions de la docimasie.

Au XIII^e Congrès international de médecine, tenu à Paris en 1900, ils ont pu montrer que, chez l'enfant qui n'a pas respiré, il se produit une momification, plutôt qu'une putréfaction véritable et que dans tous les cas « la putréfaction est toujours très lente, et que les viscères conservent leur aspect primitif pendant un temps très long ».

De leurs expériences ils concluaient que des poumons de mort-né ou bien abandonnés à la putréfaction spon-

tanée, ou bien injectés avec du sang provenant d'un cadavre en pleine décomposition, n'en donnaient pas moins cinq ou six jours après un résultat négatif à l'épreuve docimastique. Chez les fœtus, au contraire, dont les poumons avaient été insufflés avant d'être abandonnés à la décomposition, l'épreuve docimastique donnait des résultats positifs et les poumons flottaient à la surface de l'eau. Et les expérimentateurs en déduisaient que « la putréfaction, chez les nouveau-nés n'ayant pas respiré, ne provoque pas de phénomènes susceptibles de modifier la densité des poumons, et ne peut par conséquent entacher d'erreur les résultats fournis par la méthode de la docimastie pulmonaire hydrostatique ».

D'autres expérimentateurs toutefois n'arrivaient pas à des conclusions aussi absolues. MM. Puppe et Ziemke, inoculant dans la trachée d'enfants mort-nés des cultures de bactéries gazogènes, déterminaient dans l'espace de quelques jours une putréfaction foudroyante, avec formation très abondante de gaz dans tous les organes, notamment dans le poumon.

M. Étienne Martin, au cours de ses expériences, faites pendant l'été, observait que, lorsque la température extérieure favorisait l'évolution des bactéries gazogènes, la putréfaction n'épargnait pas le tissu pulmonaire qui n'a pas respiré.

Ces résultats contradictoires ne sont cependant pas suffisants pour nous faire regarder la putréfaction comme une cause d'erreur dans l'épreuve docimastique. M. Ziemke, en effet, nous a indiqué, pour distinguer le poumon de mort-né du poumon qui a respiré, un moyen que nous considérons comme un excellent complément de la

docimasie hydrostatique, c'est l'examen microscopique du poumon. Au microscope on constate que les bulles gazeuses sont beaucoup moins denses et plus superficielles dans le poumon vide d'air que dans celui qui a été d'abord rempli d'air par la respiration, puis putréfié.

Ainsi donc, en présence d'une docimasie positive, et après examen microscopique, nous pourrions affirmer qu'il y a eu respiration, par suite qu'il y a eu vie. En présence d'une docimasie négative, nos conclusions devront être plus réservées. Un enfant peut, en effet, ne pas avoir respiré et néanmoins avoir vécu. Ces cas de vie sans respiration s'observent surtout chez des enfants nés avant terme, à six ou sept mois, enfants débiles, pour lesquels se pose le plus souvent la question de viabilité. Nous en trouverons bien des exemples dans la littérature médicale. Budin, en 1872, rapportait devant la Société de médecine légale deux observations particulièrement curieuses. Nous demandons la permission de les résumer ici très brièvement, bien qu'elles soient déjà bien anciennes.

La première a trait à une enfant, née au terme de six mois et demi environ, du poids de 1.300 grammes, de 37 centimètres de longueur. L'enfant, très faible, fut enveloppée dans de la ouate et vécut pendant trente-huit heures quarante-cinq minutes. A plusieurs reprises, elle fit entendre des cris sourds et de courte durée. A l'autopsie, les poumons ressemblaient absolument à des poumons de mort-né. Ils étaient très petits, refoulés dans la gouttière costo-vertébrale, de coloration brune; en aucun point de la surface on ne voyait de stries sanguines, ni d'ecchymoses ponctuées. L'épreuve docimastique, répétée plusieurs fois, soit sur la masse des organes thoraciques, soit sur les

poumons séparés, soit sur des fragments d'un des poumons, donna dans tous les cas des résultats absolument négatifs. Cependant, par la pression, on pouvait faire sortir des canaux bronchiques un liquide séro-sanguinolent mélangé de petites bulles d'air excessivement fines. — Aucune crépitation.

La seconde observation de Budin a trait à un enfant né au terme de six mois et demi à sept mois. Fille. Poids : 1.280 grammes. Longueur : 39 centimètres; elle ne vécut que pendant trois heures et demie, mais poussa plusieurs cris. A l'autopsie, les poumons, très peu volumineux, couleur lie de vin, plongeaient au fond de l'eau. A la pression sortaient, sans aucune crépitation, de rares bulles d'air très fines, mélangées à une petite quantité de liquide séro-sanguinolent.

A l'examen histologique, on trouvait des cloisons épaisses de tissu conjonctif et des alvéoles à lumière étroite. Il y avait une congestion absolue de tous les vaisseaux, et des épanchements sanguins dans beaucoup d'alvéoles. L'air avait bien pénétré dans les bronches, mais n'avait pu distendre les alvéoles.

A cette époque de la gestation, en effet, le tissu pulmonaire est très riche en fibres élastiques, qui peuvent comprimer l'alvéole et empêcher l'air d'arriver jusqu'à lui. Faut-il voir dans cette structure anatomique la raison de ces faits? Ou bien, doit-on plutôt accuser la faiblesse des muscles thoraciques, ou l'inexcitabilité du centre nerveux respiratoire?

La cause du phénomène nous échappe, mais le fait est indiscutable. Il est donc des cas où le nouveau-né a vécu, sans que nous puissions trouver dans son poumon aucune

trace de respiration. Il n'en est pas moins vrai qu'il est né vivant. Est-il né viable? Nous examinerons tout à l'heure ce point en détail.

Preuves de la vie du nouveau-né autres que la docimasie pulmonaire.

Si l'examen du poumon nous laisse parfois dans l'incertitude, il faudra nous adresser à d'autres organes pour nous convaincre que l'enfant a vécu, en dépit d'une docimasie pulmonaire négative. En Allemagne, le Dr Breslau a préconisé une autre docimasie, celle du tube digestif; Wreden a étudié la docimasie auriculaire. Ce ne sont là que des méthodes secondaires; elles n'auront quelque poids que lorsqu'elles viendront confirmer la docimasie pulmonaire. Elles ne sauraient la remplacer. Il y a d'ailleurs tout lieu de penser que l'enfant dont le poumon n'aura pas respiré montrera un intestin, une oreille moyenne vides d'air. C'est encore ici la respiration qui est en cause. Or, la respiration peut faire défaut.

L'examen du sang et de la circulation peut fournir des renseignements précieux dans les affaires d'infanticide. La présence du sang coagulé autour d'une plaie prouve, et non d'une façon absolue, qu'elle a été produite sur un être vivant. Mais on conçoit que ce signe ne peut être utilisé que dans une certaine catégorie de cas.

Hauzé de l'Aulnoit a appelé l'attention sur un signe de vie, qui peut être aussi mis à profit dans certains cas. On a pu, alors que la docimasie pulmonaire révélait une absence complète de la respiration, certifier qu'un enfant avait vécu, en se basant sur la présence dans l'estomac

d'une substance anormale. La déglutition, en effet, peut être assimilée à l'inspiration. N'appartient-elle pas également à la vie extra-utérine ? La voyons-nous s'accomplir lorsque l'enfant est entouré de ses membranes et plongé dans le liquide amniotique ? Si l'acte de la respiration est un phénomène nouveau, caractérisant la vie, l'acte de la déglutition doit au même titre être considéré comme une preuve que l'enfant a vécu, puisqu'il apparaît alors même que les mouvements respiratoires ont été incomplets ou nuls.

Les expériences d'Houzé de l'Aulnoit établissent, en effet, qu'un liquide ne peut filtrer dans l'estomac après la mort. Pour qu'une substance anormale arrive jusqu'à l'estomac, il faut qu'il y ait eu déglutition.

Ces conclusions ont prévalu d'ailleurs dans certaines affaires d'infanticide, où des femmes étaient accusées d'avoir accouché au-dessus de fosses d'aisance. L'enfant n'avait pas respiré, mais l'examen de l'estomac montrait la présence d'une substance anormale dans cet organe.

Cette preuve de vie tirée de l'établissement de la déglutition, est passible du même reproche que les précédentes. Elle ne peut être mise à profit que dans un nombre de cas très restreint. Il est une méthode beaucoup plus générale qui pourra rendre ici de grands services : Nous voulons parler de la *docimasia hépatique*. Cette opération, décrite pour la première fois par nos maîtres lyonnais, consiste, on le sait, à rechercher dans le foie *post mortem* le glycogène et le glucose, pour déterminer si la mort a été lente ou rapide. La méthode trouve son application aussi bien chez le nouveau-né que chez l'adulte.

Déjà, en 1892, MM. Colrat et Fochier, dans la *Province*

médicale, faisaient ressortir la valeur des conclusions que l'on peut tirer de la présence ou de l'absence du sucre dans le foie des nouveau-nés.

Toutes les fois en effet que la vie aura été brusquement interrompue, la docimasie hépatique montrera la présence de sucre dans le foie. « Son absence devra donc faire rejeter l'idée d'infanticide, au moins tel qu'il est pratiqué d'habitude, à l'aide de manœuvres amenant rapidement la mort. »

De même, « chez les enfants nés avant terme, qui meurent peu de temps après l'accouchement, on trouve toujours du sucre ».

D'ailleurs, MM. Lacassagne et É. Martin ont expérimenté sur 40 enfants dont 15 fœtus ayant vécu quelques heures après l'accouchement, ou étant mort-nés. Voici, relaté par eux-mêmes, le résultat de leurs opérations : « Toutes les fois que nous avons trouvé du glucose en grande abondance, c'est que la mort avait été brusque et remontait au moment du travail ou de l'accouchement. Dans les cas où le glucose ne pouvait être mis en évidence par la liqueur de Fehling, on a toujours constaté des altérations du placenta (syphilis) ou bien on a constaté chez la mère une maladie avec retentissement sur les organes du fœtus et entraînant sa mort. »

On voit dès lors quel parti on peut tirer de ces constatations, pour établir dans quelles conditions et sous quelles influences est mort un nouveau-né. Ainsi la docimasie hépatique viendra utilement confirmer les données qui nous auront été fournies par les autres méthodes.

Quoi qu'il en soit, nous sommes obligé de reconnaître que toutes ces méthodes sont secondaires, et que seule la

docimasie pulmonaire peut avoir une valeur pareille-même. Comment donc l'expert devra-t-il conclure? En présence d'une docimasie pulmonaire positive, il pourra affirmer que l'enfant a vécu. Mais devant un résultat négatif, il devra se garder d'affirmer que l'enfant est mort-né. Qu'il suive alors les conseils de Brouardel : « Comment tenir compte de ces faits dans un rapport? D'une façon absolument scientifique : Le juge vous demande si l'enfant a respiré? Vous répondez que la docimasie pulmonaire ne prouve pas que l'enfant a respiré. »

CHAPITRE II

DE LA NON-VIABILITÉ PAR DÉFAUT DE DÉVELOPPEMENT

L'enfant qui naît avant le terme normal de la grossesse peut cependant avoir atteint un degré d'organisation assez avancé pour lui permettre de continuer sa vie indépendamment de sa mère, par le seul fonctionnement de ses organes. Les dangers sont pour lui plus grands que pour le nouveau-né à terme ; ses moyens de résistance sont moins puissants. Néanmoins, il peut triompher. Il nous semble donc d'un grand intérêt de rechercher à partir de quelle époque de la grossesse les organes du fœtus sont suffisamment développés pour pouvoir subvenir à son entretien et à son développement.

Le problème, ainsi envisagé, n'a plus seulement l'importance d'une question médico-légale. Le clinicien lui-même doit le considérer avec intérêt. Enfin n'a-t-il pas réellement une portée sociale ? N'importe-t-il pas de savoir dans quelles conditions peuvent être conservés à la vie tant de petits êtres, nés prématurément ?

Nous ne saurions, en effet admettre la distinction qui a été faite par bien des auteurs, et qui persiste encore dans

bien des esprits, entre la viabilité naturelle et la viabilité civile ou légale. Quelle différence donc établir entre les deux; et comment supposer des cas où l'une et l'autre ne se confondraient pas ?

Nous disions, au début de ce travail, que le problème de la viabilité confinait à celui de la légitimité. Nous croyons que là est l'origine de toute confusion. L'article 312 du Code civil dit: « L'enfant né avant le 180^e jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivants :

« 1^o..... 3^o si l'enfant n'est pas viable »

C'est en se basant sur cet article que bien des auteurs ont fixé à 180 jours le degré de maturité exigé par la loi comme condition de viabilité. Or, nous croyons avoir suffisamment montré l'intention du législateur de ne poser aucune règle au sujet de la viabilité.

« La loi, dit Devergie, n'a pas dit: Ne seront déclarés viables que les enfants qui, à leur naissance, auront atteint le terme de six mois de grossesse; seulement elle a voulu, par l'article 312, autoriser le désaveu d'une paternité qui ne saurait être que le fruit de l'adultère de l'épouse. Mais elle n'a imposé de conditions à la viabilité dans aucun des articles de la loi où elle exige ce caractère. Elle a laissé aux médecins la tâche de caractériser la viabilité d'après les données de la science médicale ».

Il est vrai que la justice doit prévoir les cas où le médecin ne pourra pas caractériser cette viabilité. Le juge a nécessairement alors besoin d'un criterium. Que celui-ci puisse être parfois erroné, c'est possible. Il n'en est pas moins vrai qu'il trouvera son application dans la

grande majorité des cas. Ainsi, se fondant sur l'exceptionnelle rareté des cas d'enfants qui, nés avant le septième mois, avaient pu être conservés à la vie, les jurisconsultes posèrent en principe que, lorsque l'expert ne donnerait pas une réponse formelle, on jugerait de la viabilité de l'enfant selon qu'il serait né avant ou après le septième mois de la gestation. La loi a agi de même dans les questions de survie, et, prévoyant le cas où il serait impossible de déterminer laquelle, de deux ou plusieurs personnes, avait succombé la première ou la dernière, elle a indiqué, en se basant sur l'âge et le sexe de ces personnes, l'ordre dans lequel on devrait admettre qu'elles avaient succombé. Cet ordre est très nettement formulé dans les articles 720, 721, 722 du Code civil.

Le législateur n'a pas pris soin de fixer de même les conditions de la viabilité. Ce sont les jurisconsultes qui plus tard ont accepté ce chiffre de cent quatre-vingts jours comme le délai minimum requis de l'enfant pour pouvoir être reconnu viable. Il nous reste à examiner si cette exigence est réellement en accord avec les notions de la science contemporaine.

§ 1. — *A quel âge commence la viabilité?*

En fixant à six mois de vie intra-utérine le temps nécessaire à l'enfant pour le développement de ses organes, les juristes posaient autrefois des limites bien larges. Il y a vingt ans à peine, en effet, les accoucheurs estimaient que les enfants nés dans le courant du septième mois, c'est-à-dire après moins de deux cent dix jours de gestation, étaient condamnés à une mort inévitable. On

croyait que l'enfant qui, au moment de sa naissance, pesait moins de 1.500 grammes, ne pouvait continuer à vivre.

On citait bien, dans la littérature médicale, des cas d'enfants qui, nés avant le septième mois, avaient été conservés à la vie; mais c'étaient là d'exceptionnelles raretés.

Certains de ces cas sont devenus aujourd'hui presque historiques. On cite partout l'histoire de Fortunatus Licetus, l'un des philosophes les plus célèbres de son siècle, qui, au moment de sa naissance, d'après Mahon, n'était pas plus grand que la main. Son père l'éleva en le plaçant dans un four convenablement chauffé, et en lui donnant une nourriture appropriée à son état de faiblesse. Il devint vigoureux et mourut à l'âge de quatre-vingts ans.

Une femme d'un négociant d'Agen, d'après Belloc, mère déjà de plusieurs enfants, accoucha dans le courant du sixième mois d'une fille très peu développée. Cette enfant vécut jusqu'à l'âge de quinze ans, devint vigoureuse, adroite, spirituelle, et mourut à cet âge d'une maladie aiguë.

Enfin, d'après Capuron (1), le cardinal Richelieu ne fut-il pas reconnu viable par le parlement de Paris, quoiqu'il fût né seulement à cinq mois?

Tous ces faits, s'ils sont curieux, ne nous semblent pas offrir une grande portée scientifique. Quelle part faut-il faire à l'histoire? Quelle part à la légende? Ce ne sont pas de semblables observations qui peuvent être prises en sérieuse considération.

(1) CAPURON : *Médecine légale relative à l'art des accouchements*.

Ahlfeld, dans les *Archiv für Gynæk.* (1), a réuni des observations qui nous semblent beaucoup mieux documentées. Elles sont rapportées avec une précision, une méthode, une abondance de détails, qui sont pour nous inspirer toute confiance. Nous n'en rapporterons qu'une ici car elle nous paraît particulièrement intéressante.

Anne-Marie N... âgée de vingt-neuf ans, a vu ses règles s'arrêter au milieu du mois de novembre : vingt semaines après, elles perçoit les mouvements actifs de l'enfant : au bout de vingt-sept semaines surviennent les douleurs. Elle met au monde un enfant du sexe masculin, pesant exactement 750 grammes, mesurant 13 pouces $\frac{1}{2}$. Le corps est couvert d'un duvet épais ; les ongles des mains et des pieds se montrent sous la forme de plis de peau blancs et raides. La peau est encore plissée ; les testicules ne sont pas descendus ; la membrane pupillaire persiste. L'enfant dort presque continuellement, ouvre rarement les yeux. Les battements du cœur et du poulx sont fort irréguliers ; il gémit plutôt qu'il ne crie. Il est immédiatement enveloppé de linges chauds et placé dans une corbeille remplie de coton. On l'alimente pendant les premiers jours avec de l'eau sucrée, plus tard avec du lait coupé. Le septième jour, première émission d'urine, le neuvième jour première selle. Pendant plusieurs semaines, l'enfant reste ainsi ouvrant rarement les yeux, absolument insensible au bruit qui se fait autour de lui. Les évacuations sont rares et irrégulières. On entretient autour de lui une température constante de 43° à 48°. C'est seulement trois mois après, c'est-à-dire au moment où se serait accomplie sa naissance, si le terme de la grossesse avait été normal, que l'enfant commença à se développer, à se mouvoir, devint sensible aux impressions du dehors. Les évacuations se firent alors plus régulières. A partir

(1) *Archiv für Gynækol.* Band VIII, page 194.

de cette date, il s'accrut rapidement. Onze ans plus tard, il était très bien portant, commençait à lire et à écrire, mais n'avait guère que la corpulence d'un enfant de sept à huit ans,

Schmidt (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1896) relate l'observation de son propre fils, qui naquit à six mois et demi dans un état déplorable ; ayant remarqué que tout refroidissement s'accusait chez lui par une diminution de la température rectale, il l'a maintenu constamment dans une atmosphère chaude, et l'a entouré de soins si incessants et si assidus qu'il a réussi à le sauver.

Enfin Pinard (art. *Fœtus*, *dictionnaire Dechambre*) rapporte le cas de trois enfants, qui pesaient le premier 1.100 grammes, le second 1.300 grammes, le troisième 1.350 grammes. Au bout d'un mois, tous les trois vivaient ; mais deux furent perdus de vue ; l'autre, celui de 1.300 grammes, fut revu deux ans après. C'était un magnifique enfant.

Nous pourrions multiplier ces exemples. De nombreux auteurs, Rodmann, Cullingwood, Holst, Anan, Rochester, Willing, Home ont rapporté d'autres cas analogues. Mais reconnaissons que toutes ces observations forment un groupe bien restreint. Il n'en est pas moins vrai que l'enfant de six mois, que l'enfant de sept mois étaient autrefois condamnés à une mort presque certaine.

« Il est si rare, écrivait Mauriceau, de voir vivre un enfant dans la suite, qui est véritablement né à sept mois, que de mille, à peine s'en rencontre-t-il un qui en échappe. »

De la lecture de toutes ces observations, nous pouvons retenir un fait : c'est que tous ceux qui furent conservés à la vie durent leur salut aux soins incessants dont ils

furent entourés, et surtout à la chaude atmosphère dans laquelle ils furent maintenus. De tout temps, on avait compris que ces prématurés souffraient surtout parce qu'ils étaient privés de la chaleur maternelle, et l'on avait recours pour la remplacer à divers moyens, tels que l'enveloppement ouaté, les frictions, les bains chauds, le séjour dans une chambre chauffée.

Le refroidissement, en effet, est une des causes principales de la mortalité des nouveau-nés. Il semble que les centres thermiques ne fonctionnent pas encore chez ces petits êtres pour assurer la constance de leur température. Ils subissent les variations thermiques extérieures. Ils perdent constamment de la chaleur par leur surface cutanée, et ne produisent pas assez pour compenser cette perte incessante.

Mais plus que tous les autres, les enfants nés avant terme sont victimes de cette influence extérieure. Chez eux, la surface cutanée de refroidissement, rapportée au volume de leur corps, est plus vaste que chez les enfants complètement développés. Leur température s'abaisse donc d'une façon plus notable.

« Lorsque j'entrai à la maternité, écrit Budin, j'ai pu de suite me convaincre que les enfants amenés du dehors se trouvaient dans de déplorables conditions. Je fis prendre alors la température rectale de tous les arrivants, et je vis combien l'abaissement de température était néfaste chez les prématurés. Beaucoup d'enfants, en effet, qui présentaient un refroidissement considérable, mouraient dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures. »

Aujourd'hui nous sommes à même de préserver les enfants contre le refroidissement. Nous pouvons leur

fournir méthodiquement et avec une précision presque mathématique cette chaleur dont ils sont privés, et que les autres trouvent dans l'utérus maternel. Aussi la mortalité de nos prématurés a-t-elle constamment diminué depuis l'installation des couveuses artificielles. Aujourd'hui, les conditions de la viabilité ont complètement changé. Ces mêmes enfants, qu'il y a vingt ans on désespérait de conserver à la vie, peuvent maintenant être élevés, préservés qu'ils sont contre leur principal ennemi, contre le froid extérieur.

Les statistiques établies à la maternité de Paris pendant les cinq années qui précédèrent et les cinq années qui suivirent l'établissement de la couveuse Tarnier sont très concluantes sur ce sujet. Ces statistiques sont reproduites dans la thèse de Berthod (1887). En voici les résultats basés sur 608 observations.

Avant l'installation de la couveuse, du 21 novembre 1876 au 21 novembre 1881, la statistique des enfants sortis vivants de la maternité donnait les chiffres suivants :

Enfants nés à 6 mois	de vie intra-utérine	0	p. 100
— 6 mois 1/2	—	21,5	—
— 7 mois	—	39	—
— 7 mois 1/2	—	54	—
— 8 mois	—	78	—

Du 21 novembre 1881 à la fin de 1886, c'est-à-dire pendant les cinq années qui suivirent l'établissement de la couveuse, nous trouvons :

Enfants nés à 6 mois	de vie intra-utérine	30	p. 100
— 6 mois 1/2	—	53	—
— 7 mois	—	63,7	—
— 7 mois 1/2	—	78,7	—
— 8 mois	—	85,9	—

Nous rapprochons ces chiffres en un tableau pour en mieux faire comprendre la portée :

	6 mois	6 mois 1/2	7 mois	7 mois 1/2	8 mois
Avant la couveuse	0 p. 100	21,5 p. 100	39 p. 100	54 p. 100	78 p. 100
Après la couveuse	30 —	53 —	63,7 —	78 —	85,9 —

Ainsi, ces enfants, nés à six mois de vie intra-utérine, qui semblaient naguère devoir périr inévitablement et comme tels être privés de tous leurs droits, sont maintenant sauvés dans une proportion de 30 p. 100.

Budin, dans sa récente étude sur le nourrisson, rapporte deux observations, qui montrent bien les résultats que l'on peut obtenir en préservant ainsi du refroidissement les nouveau-nés prématurés.

« Dans le premier cas, les dernières règles étaient apparues chez la mère dans la première semaine de novembre 1891 ; elle avait constaté les mouvements actifs le 6 mars 1892 ; l'expulsion eut lieu le 14 mai, et la grossesse ayant à peine six mois, nous ne considérâmes pas l'enfant comme capable de vivre. Le père, qui est médecin, le mit d'abord dans de l'eau chaude, puis, voyant qu'il continuait à vivre, il le plaça dans une étuve de d'Arsonval qui se trouvait chez lui. Le 17 mai, l'enfant, du sexe féminin, fut mise sur le plateau d'une balance. Elle pesait 955 grammes. Le 20 mai, elle était tombée à 900. Elle fut alimentée avec une petite quantité de lait qu'une nourrice lui faisait couler dans la bouche. Grâce à des soins minutieux, on réussit à l'élever. On comptait si peu sur sa survie qu'on négligea d'aller faire à la mairie, dans les délais voulus, la déclaration exigée par la loi, ce qui causa quelques ennuis administratifs. »

« Le deuxième enfant est né le 26 avril 1898 ; il pesait 4.250 grammes. On l'enveloppa chaudement. Deux heures après mise en couveuse. Dix jours plus tard, le 4^{er} mai, il pesait 4.070 grammes. Il avait donc perdu 200 grammes. Le 21 mai, son poids était 4.550 grammes ; le 22 décembre 4.800 grammes. »

Nous-même avons pu, grâce à l'obligeance de M. le professeur Fochier, recueillir à la maternité de la Charité de Lyon une observation du plus haut intérêt.

Marguerite S... entre à la salle des douleurs le 2 juillet. Elle fait remonter ses dernières règles au 12 décembre. Pendant sa grossesse, elle a présenté de l'hydramnios. Elle accouche le 2 juillet, sans qu'on ait pu au préalable poser le diagnostic de gémellité, de deux enfants du sexe féminin. Disons de suite que celui qui vint le second pesait à sa naissance 4.130 grammes. Il était hydrocéphale; il mourut vingt minutes après sa naissance.

Le premier était petit, faible, pesait 4.170 grammes. Il ne criait pas, ne remuait pas. On s'occupa de le ranimer : frictions, bain, respiration artificielle. Aussitôt ranimé, il fut placé dans la couveuse Lion. La mensuration de l'enfant donne les chiffres suivants :

Longueur	{	totale	28 cm.
		du sommet à l'ombilic . . .	22 cm.
		de l'ombilic aux talons . . .	16 cm.
Diamètres de la tête	{	occipito-frontal	9 cm.
		sincipito-mentonnier	11 cm.
		bi-pariétal	7 cm.
		sous-occipito bregmatique. .	7 cm.

La température après la naissance était de 34°5. Six heures après, elle était de 34°8. Les jours suivants, elle se maintint entre 35° et 36°.

Pendant les premiers jours, l'enfant, ne pouvant opérer de mouvements de succion, est alimenté avec la cuiller. On lui donne d'abord 30 grammes de lait coupé environ. Au bout du sixième jour, la dose de lait coupé est portée à 50 grammes, puis à 80 grammes environ. Ce lait est emprunté à une nourrice. L'enfant commence à téter seulement le dixième jour, c'est-à-dire le 12 juillet.

Le poids de l'enfant commença d'abord à baisser comme il est de règle chez tous les prématurés. De 4.170 grammes à la naissance, il était tombé le 12 juillet à 960 grammes. L'enfant avait donc perdu 210 grammes. Dès lors, il s'éleva lentement; le 20 juillet, il est de 980 grammes. Le 22, l'enfant pesait 1.010 grammes; le 25, 1.045 grammes. L'élévation du poids est en moyenne de 20 grammes par jour. Enfin, le 4 décembre 1895, l'enfant quitte la maternité pour être mis en nourrice. Il pèse alors 3 kilogrammes.

En présence de tels faits, nous pouvons dire, comme le soutenait déjà Tarnier en 1885, alors que sa couveuse s'essayait encore, que le terme de la viabilité est plus bas qu'autrefois, et peut même descendre au-dessous du sixième mois.

Quelle devra donc être la réponse de l'expert en présence d'un enfant né du sixième au septième mois dont on lui demande d'établir la viabilité ou la non-viabilité. Ici, plus que dans tout autre cas, il nous semble qu'on ne saurait recommander à l'expert trop de prudence. Il doit rendre compte de ce qu'il a constaté, et ne point en tirer des conclusions qui ne soient pas absolument nécessaires.

Que demande le juge? Il veut savoir si l'enfant pouvait vivre. Eh bien, cette réponse, dans bien des cas vous ne pourrez la lui fournir. Certes l'enfant aurait pu vivre, puisque bien des enfants nés à une époque plus éloignée du terme de la gestation ont pu être sauvés. Pourrez-vous affirmer néanmoins que la mort n'a pas été le résultat de son développement incomplet? Aussi, quel embarras! Suivez encore le conseil de Brouardel: « Vous indiquerez dans votre réponse le poids de l'enfant et sa longueur, et vous direz qu'il est né à tel ou tel mois. Il appartient au

juge de tirer de votre réponse les conclusions qu'elle comporte. »

A quels signes peut-on apprécier la maturité d'un enfant né avant terme ?

La tâche de l'expert consistera donc en premier lieu à rechercher le degré de maturité de l'enfant proposé à son examen. Sur quels signes pourra-t-il s'appuyer dans cette recherche ? Sera-ce sur les déclarations de la mère ? La pratique journalière montre combien les femmes sont exposées à errer sur ce point. Certes, dans les observations cliniques nous sommes bien obligés de nous fonder sur les renseignements que nous fournissent les mères sur la date de leurs dernières règles, sur le moment où elles ont senti les mouvements actifs du fœtus. Dans une expertise médico-légale, il ne saurait en être ainsi ; car nous avons à compter non seulement avec l'erreur, mais avec la mauvaise foi. La mère peut avoir intérêt à tromper l'expert sur le début de sa grossesse, et nous ne saurions fonder sur ses déclarations aucune espèce de certitude.

C'est donc aux signes objectifs fournis par l'examen direct de l'enfant, que nous devons nous adresser pour apprécier sa maturité.

Et tout d'abord les premiers signes auxquels nous devons nous attacher sont le *poids et la longueur* de l'enfant. Nous avons vu avec quel soin, dans toutes les observations que nous avons rapportées, sont notés et le poids initial du nouveau-né, et les variations que subit ce poids dans les jours qui suivent sa naissance. Budin, en effet, dans ses recherches sur le refroidissement des nou-

veau-nés, cause principale de leur mortalité, remarquait que leur résistance au froid varie en raison directe de leur poids. Très petit, très chétif, l'enfant résiste moins que s'il est plus développé. Les statistiques de Budin nous montrent que, parmi les enfants dont la température rectale était de 32° ou au-dessous, la mortalité était de 98 p. 100 chez ceux qui pesaient 1.500 grammes ou moins, de 97 p. 100 chez ceux qui pesaient 1.500 à 2.000 grammes, de 66 p. 100 seulement chez ceux qui pesaient plus de 2.000 grammes.

On pourra nous objecter que le poids est seulement ici l'indice de la maturité, et que les enfants plus lourds résistent mieux, parce que leur naissance a été plus tardive. Il est certain que le poids croît avec la durée de la gestation. Toutefois il est encore ici des différences considérables entre les divers cas. « Vous verrez des enfants, dit encore Budin, qui, nés beaucoup avant terme, ont un poids notable ; ils sont gras, et cependant ne survivent pas. A l'autopsie on constate que leurs organes sont incomplètement développés. A côté d'eux, vous voyez des enfants petits et maigres ; ils sont vifs, s'agitent beaucoup ; ils vivront, car bien qu'ils aient un poids inférieur à celui des enfants dont nous venons de parler, leur séjour dans la matrice a été plus prolongé. »

La longueur du nouveau-né est un élément non moins important, et Tourdes semble même lui attribuer plus de valeur qu'au poids.

Il était donc intéressant de rechercher les variations du poids et de la longueur du fœtus aux différentes époques de la grossesse. Les auteurs n'y ont pas manqué.

Jacquemier, Cazeaux, Joulin, Carl, Schrœder, Nœgele,

Bailly ont accumulé des statistiques, dont les résultats sont publiés par Pinard dans son article *Fœtus* du Dictionnaire Dechambre. Malheureusement, ces différents auteurs arrivent à des chiffres très disparates, qui montrent que les variations individuelles sont extrêmement nombreuses.

Tarnier et Budin, dans leur traité de l'Art des accouchements, semblent cependant accepter, comme répondant à la grande majorité des cas, les chiffres énoncés par Hecker. Les statistiques de cet auteur reposent sur 490 cas observés avec une grande exactitude. En voici les résultats :

	Poids en grammes	Longueur en centimètres
Au début du 3 ^m e mois . . .	44 . . .	7 à 9
— 4 ^m e — . . .	55 . . .	10 à 17
— 5 ^m e — . . .	273 . . .	18 à 27
— 6 ^m e — . . .	676 . . .	28 à 34
— 7 ^m e — . . .	1.170 . . .	35 à 38
— 8 ^m e — . . .	1.571 . . .	39 à 41
— 9 ^m e — . . .	1.941 . . .	42 à 44
A terme . . .	2.323 . . .	46

M. le professeur Lacassagne, dans ses statistiques sur le développement du produit de la conception et de ses annexes, arrive à des résultats qui sont en plus d'un point en désaccord avec les précédents :

	Poids du fœtus en grammes	Longueur du fœtus en centimètres	Poids du placenta en grammes
De 57 à 84 jours .	44	7	36
— 85 à 112 —	57	10	80
— 113 à 140 —	284	18	178
— 141 à 180 —	634	28	273
— 181 à 196 —	1.218	35	374
— 197 à 224 —	1.569	39	451
— 225 à 252 —	1.910	42	461
— 253 à 280 —	2.334	46	481
A terme	3.250	50	540

Il y avait intérêt, dans une telle statistique, à faire intervenir le poids du placenta, car il peut constituer dans certains cas un important élément d'appréciation. A une même époque de la grossesse, souvent le poids du placenta est en raison inverse du poids et de la longueur du fœtus : tels les syphilitiques dont le poids est souvent minime, mais dont le placenta est lourd et volumineux.

Quoi qu'il en soit, ces chiffres indiquent des moyennes. Mais il est évident que, parmi les fœtus comme parmi les adultes, il y a des individus gros, d'autres maigres : il y en a de grands, il y en a de petits. Ces mesures ne permettront guère d'obtenir que des résultats plus ou moins approximatifs, et le médecin devra tenir compte des variations individuelles qui sont parfois considérables.

Nous pourrions faire la même restriction pour tous les signes auxquels on s'attache en général dans l'examen des prématurés. Le développement du fœtus, en effet, ne se produit pas d'une façon uniforme dans tous les cas. L'épaisseur du duvet, la longueur des ongles, les rides de la peau, sont également très variables. La descente du testicule, signe auquel on attache beaucoup d'importance, est excessivement inconstante. N'est-il pas des enfants chez qui la chute du testicule se fait bien après la naissance ? Il en est de même des constatations tirées des dimensions du placenta, de la longueur du cordon.

Nous n'entendons point soutenir que le diagnostic du degré de maturité d'un enfant est impossible. Mais il ne peut être fait que d'une façon approximative. Et, pour l'appréciation de la viabilité, il faut avoir des résultats précis. Quels sont les cas, en effet, où l'expert sera consulté ? Ce n'est pas lorsque l'enfant sera proche du terme, ou au

contraire dans certains cas d'avortement au quatrième, au cinquième mois. Presque toujours, le médecin légiste doit prononcer dans des cas litigieux, pour des enfants nés au sixième, au septième mois de la gestation. On conçoit dès lors quelles conséquences peut entraîner une erreur dans l'appréciation de la durée de la grossesse.

On peut nous objecter que, en définitive, la justice demande à l'expert, non pas d'établir d'une façon précise le degré de maturité de l'enfant, mais de décider si le développement général de ses organes est ou n'est pas incompatible avec la continuation de son existence.

C'est l'opinion que nous soutenions nous-même il n'y a qu'un instant. Mais cet examen des organes sera impossible toutes les fois que le nouveau-né proposé à l'examen de l'expert sera encore vivant. Il est vrai que, tant qu'il y a vie, la viabilité est toujours présumée, et la question ne se pose le plus souvent qu'après le décès de l'enfant. L'expert pourra trouver alors dans l'autopsie une source précieuse de renseignements.

Nous parlions, dans le chapitre précédent, des cas où bien que l'enfant ait vécu, la docimasia pulmonaire hydrostatique donnait chez lui des résultats négatifs, et nous disions que cette contradiction s'observait surtout chez certains enfants nés avant terme. Le poumon n'a pas été pénétré par l'air, et présente par conséquent une atelectasie totale; il a la couleur du tissu hépatique. L'expert peut alors déclarer qu'un tel poumon n'était point assez développé pour permettre l'établissement de la respiration, et que le nouveau-né devait par suite nécessairement succomber par défaut d'oxygène. C'est, croyons-nous, un des cas qui lui permettront d'être le plus affirmatif.

L'examen du cerveau pourra aussi lui donner d'utiles renseignements, mais beaucoup moins précis. Chez ces petits êtres voués à une mort certaine, on trouve en général la substance cérébrale d'une consistance gélatineuse. Les circonvolutions ne sont point dessinées, car les sillons ne sont pas creusés; la substance grise et la substance blanche ne sont point encore distinctes.

Tous les autres organes: les reins, le cœur, la glande thyroïde, le thymus, devront être examinés. Mais combien vagues encore seront toutes ces indications! Que l'expert prenne bien garde! Il n'y a là, en somme, que des différences de degré. Les cas où il pourra affirmer la non-viabilité sont bien restreints. Le plus souvent, il ne pourra répondre que par des peut-être, et un rapport médical ne doit contenir que des affirmations certaines.

Il ne devra rien négliger de ce qui pourra l'éclairer. Aussi notera-t-il avec soin les causes qui ont amené la naissance prématurée de l'enfant, et les conditions dans lesquelles s'est produit l'accouchement. Est-il survenu à la suite d'une grossesse multiple? La gémellité diminue la force des fœtus et retarde par conséquent l'époque de leur maturité.

Malgré toutes ces recherches, la lumière ne pourra se faire dans son esprit. Nous l'avons dit déjà bien des fois, et nous le répétons encore à dessein, car c'est le point capital qui nous semble se dégager de cette étude. Nous n'allons point jusqu'à dire avec certains auteurs étrangers que le diagnostic de la non-viabilité est impossible dans tous les cas. Il est des conditions dans lesquelles l'expert peut affirmer l'incapacité à la vie extra-utérine. Mais ces cas sont l'exception. Le plus souvent, le médecin légiste

ne pourra se faire qu'une opinion plus ou moins probable. Or, comme nous le disions au début, chez un enfant qui a vécu, la viabilité est toujours présumée comme le fait le plus probable. Et cette présomption ne peut être détruite que par la preuve absolument certaine et indubitable de la non-viabilité.

CHAPITRE III

DE LA NON-VIABILITÉ PAR VICE DE CONFORMATION ORGANIQUE OU PAR ALTÉRATION PATHOLOGIQUE DES ORGANES.

Dans le rapport qu'il présentait au garde des sceaux sur les conditions de la viabilité, Chaussier avait introduit un article ainsi conçu :

ART. 2. — Est réputé non viable l'enfant qui naît anencéphale, et celui qui a quelque autre vice de conformation tel qu'il ne puisse conserver la vie et en exécuter les fonctions.

Il ne suffit donc pas à l'enfant, pour que sa viabilité soit reconnue, de naître en un état de maturité qui lui permette de se développer. Il faut encore que ses organes soient normalement conformés, ou tout au moins que leurs malformations, s'il en existe, ne soient pas incompatibles avec la continuation de la vie.

Nous entrevoyons ici pour l'expert une tâche plus délicate encore que la précédente. C'est à lui qu'il appartiendra de décider jusqu'à quel degré une malformation congénitale permet l'établissement et la persistance de la vie extra-utérine ; à partir de quel degré, elle la compromet nécessairement, fatalement. Une telle recherche

nécessite évidemment une connaissance complète des anomalies organiques, des monstruosités. Le médecin devra s'éclairer à la lueur bien vacillante d'une science encore au berceau, de la *tératologie*.

Il est bien curieux d'étudier le sort qui, à travers les âges, a été fait à ces petits êtres anormaux, mal conformés, objet de la curiosité générale (d'où leur nom de monstres, de *monstrare*, montrer).

A Sparte, aussitôt né, l'enfant était porté au Pesché, afin d'être soumis à l'examen des principaux de la cité. S'il était contrefait, il ne pouvait plus reparaître au foyer de la famille; alors on le transportait au bord d'un gouffre, voisin du mont Taygète, et on l'y précipitait.

A Rome la loi des Douze-Tables, en vertu du principe : *Non sunt liberi qui contra formam humani generis converso more procreantur*, ordonnait que tous les enfants qui naîtraient avec quelque difformité seraient mis à mort.

Depuis lors, les générations successives ont professé sur ces petits êtres les idées les plus singulières. Longtemps on les considéra comme des « créatures du diable », ils étaient par suite le présage de grands malheurs et comme tels punis de mort. Tout le moyen âge a cru que les monstres se produisaient par l'effet des incubes ou des succubes, ou par des accouplements avec des animaux; et ces superstitions absurdes ont dans ce temps-là coûté la vie à bien des femmes. Paracelse, dans son *Traité des maladies*, reconnaît qu'« il n'est pas douteux que le démon se serve des sorciers et des sorcières pour maléficer les femmes et leur faire engendrer des enfants monstrueux »!

Il faut arriver au début du XVIII^e siècle pour voir disparaître ces préjugés, ces erreurs grossières. Déjà cependant dans les temps anciens, des auteurs avaient élevé la voix en faveur de ces petits proscrits. Aristote soutenait « que la monstruosité n'est pas autre chose qu'un objet contre ce qui se passe le plus ordinairement dans la nature ». Cicéron, à son tour, soutient que les monstres se produisent d'après les lois mêmes de la nature. Enfin, plus près de nous, Montaigne, Fontenelle, Lacépède ont tour à tour protesté contre les doctrines superstitieuses de leur temps.

Dans notre ancien droit, nous retrouvons encore des vestiges de cette répulsion pour les enfants monstrueux. La viabilité ne suffisait pas alors à l'enfant pour le rendre capable de succéder, s'il pouvait être rangé dans la classe des monstres ou des prodiges. Chabot, Duranton, Poujol, Ricard, et la plupart des légistes du commencement du siècle sont unanimes à refuser aux monstres la jouissance des droits civils. Quant au droit de vie et de mort, ils n'en parlent pas.

Aujourd'hui, aussi bien dans le droit français que dans le droit prussien, et dans les lois de la plupart des pays d'Europe, la question des monstres est écartée.

« Tout être qui sort du sein d'une femme est humain; il peut n'avoir pas de personnalité civile, mais ce fait ne résulte pas de sa difformité; il n'est que la conséquence de sa non-viabilité ou de son incapacité, il est seulement susceptible de tutelle; il est inviolable. »

La question de monstruosité se confond donc actuellement avec celle de viabilité. Si l'enfant est viable, il n'y a pas de texte, quelles que soient les difformités et les

anomalies de sa constitution physique, qui permette de l'exclure d'une succession à laquelle il est appelé.

La justice demande donc ici au médecin quelles sont les malformations, les anomalies congénitales compatibles avec la viabilité. Geoffroy Saint-Hilaire dans son *Traité des anomalies* nous a laissé un tableau synoptique de la viabilité des êtres monstrueux, dont il distingue quatre catégories.

Les études postérieures de Martin, de Dareste sont venues encore jeter un jour nouveau sur cette question. Ce seront là pour l'expert des sources de renseignements précieux.

Aussi nous contenterons-nous d'indiquer ces travaux, et n'entreprendrons-nous pas de passer en revue les anomalies et les monstruosité connues pour savoir dans quelle mesure elles permettent la continuation de l'existence. Une telle étude serait au-dessus de notre compétence. Nous voudrions seulement donner ici quelques exemples, pour en tirer des réflexions pratiques.

En présence de certaines monstruosité, l'expert peut se montrer absolument affirmatif, car elles sont nécessairement incompatibles avec la vie. Nous avons pu les étudier nous-même, au musée de médecine légale de la Faculté de Lyon, qui en possède une collection des plus curieuses. Presque toutes rentrent dans la catégorie désignée par Buffon sous le nom de *monstruosité par défaut*. Il est clair que l'absence partielle ou totale du cerveau, que l'absence des poumons, à plus forte raison l'absence complète de la tête (acéphalie) rendent la vie impossible. Cependant, chez certains anencéphales, on a vu la vie se conserver pendant plusieurs heures, ou même

plusieurs jours. Orfila cite le cas d'un anencéphale, chez qui rien à l'extérieur n'annonçait ce vice de conformation, et qui vécut trois jours. Il n'en est pas moins vrai que de tels êtres ne peuvent être conservés à la vie, et quelques heures de plus ou de moins dans cette existence éphémère ne seront pas pour empêcher l'expert d'affirmer la non-viabilité.

Il est d'autres malformations en présence desquelles l'expert aura le droit d'être aussi affirmatif ; ce sont celles qui en aucun cas ne peuvent être considérées comme s'opposant à la viabilité. Un enfant peut mourir peu après sa naissance, porteur d'un bec-de-lièvre, d'un hypospadias, d'une exstrophie vésicale. L'expert affirmera à bon droit que sa mort n'en a pas été la conséquence nécessaire et que par conséquent l'enfant doit être considéré comme viable.

Malheureusement, nous sommes obligé de faire ici la même restriction que nous faisons il n'y a qu'un instant, au sujet du diagnostic du degré de maturité. Ce ne sont pas les cas extrêmes, à diagnostic aisé, qui sont proposés en général à l'examen du médecin légiste. Ce n'est pas une anencéphalie, ce n'est pas un bec-de-lièvre qu'on lui présente le plus souvent. C'est une hydrocéphalie, un spina-bifida, une encéphalocèle, c'est-à-dire des malformations, qui, tout en étant incompatibles avec la vie, lorsqu'elles sont portées à un certain degré, peuvent, à un degré moindre, permettre à l'individu qui en est atteint de vivre plus ou moins longtemps. Ainsi donc, nous arrivons ici encore à ne pouvoir plus apprécier que des différences de degré. Et dès lors, quelle incertitude !

Puis, l'expert ne doit-il pas compter avec les secours

de la chirurgie ? « Pour qu'un vice de conformation, dit Tourdes, entraîne la non-viabilité, il faut qu'il soit au-dessus des ressources de la chirurgie. » Mais ces ressources vont chaque jour augmentant : certaines malformations qui, autrefois, nous semblaient au-dessus de toute intervention, peuvent aujourd'hui être corrigées par le chirurgien. Nous ne saurions, par exemple, dans l'état actuel de la science, considérer l'imperforation de l'anus comme une cause de non-viabilité. On connaît bien actuellement le traitement de cette malformation, et chaque jour nous voyons des enfants sauvés par une opération aujourd'hui classique. On étudie actuellement le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie, de l'encéphalocèle, du spina bifida, et il n'est pas douteux que nous pourrions bientôt à ces difformités opposer une thérapeutique salubre.

Ainsi, tandis que la chirurgie poursuit de plus en plus sa marche bienfaisante, les cas de non-viabilité par malformation organique se font de jour en jour moins nombreux. La chirurgie a même dans ces dernières années osé s'attaquer aux monstres doubles. Le monde médical a retenti récemment des succès de M. Chapot-Prévost, osant, grâce à un nouveau procédé d'hémostase du foie, séparer deux êtres unis par un pont de substance hépatique, et rendant ainsi à chacun de ces enfants qui semblaient unis à jamais une indépendance physiologique et sociale absolue.

Nous objectera-t-on peut-être que les ressources chirurgicales ne sont pas à la disposition de tous, que ceux qui en sont privés périssent par suite de leur malformation congénitale, et ne doivent dès lors pas être tenus pour

viables ? La question, nous semble-t-il, ne doit pas se poser. Eh quoi ! mettez-vous les droits d'un enfant à la merci d'un bistouri ! Et parce que des circonstances souvent fortuites l'auront privé de l'assistance d'un chirurgien, lui refuserez-vous la capacité civile que vous accorderiez à un autre enfant, parce qu'à ce dernier le hasard aura été plus favorable ?

Ainsi donc nous pouvons de cette courte étude conclure que les cas de non-viabilité par malformation organique, comme les cas de non-viabilité par défaut de maturité, se font de plus en plus rares. Lorsque la question sera soumise à l'expert, celui-ci n'aura le plus souvent à apprécier que des différences de degré, et dès lors ne pourra répondre avec la certitude que la justice lui demande.

Il nous reste maintenant un dernier point à élucider. Des maladies antérieures à la naissance excluent-elles la viabilité ? Un enfant, né vivant, bien développé, non monstrueux, doit-il être tenu pour non viable, parce qu'il apporte en naissant le germe d'une maladie mortelle ?

Les auteurs sont sur ce point d'avis très différents. Nous nous rangerions volontiers à l'opinion de Collard de Martigny : « Si le fœtus est né vivant, la déclaration que le fœtus apporte en naissant une maladie à laquelle il doit bientôt succomber serait insuffisante pour exclure la présomption de viabilité, parce que, d'une part, la cause, la terminaison des maladies sont toujours plus ou moins incertaines ; que, d'une autre part, le diagnostic et le pronostic sont souvent obscurs et toujours soumis à trop d'erreurs ; que, conséquemment, la déclaration du médecin n'est point alors une preuve, mais une présomption contre la présomption légale de viabilité. »

On ne sait jamais en effet, avec certitude, si la maladie dont on supposait l'enfant atteint était essentiellement incompatible avec la prolongation de sa vie, et si sa mort n'a pas été hâtée par quelque cause fortuite et inaperçue.

Les auteurs décrivent cependant des lésions qui seraient de nature à faire rejeter la viabilité : tels la splénisation du poumon, l'œdème pulmonaire, diverses altérations du cerveau, de la moelle ou d'autres organes. Il n'est pas douteux que de tels états compromettent singulièrement l'existence du nouveau-né. Nous ne sommes pas en droit malgré tout d'affirmer qu'ils ont été la cause nécessaire de la mort.

Si toutefois la question est posée à l'expert, comment devra-t-il la résoudre ? C'est ici, nous semble-t-il, que la docimasie hépatique pourra lui fournir des renseignements précieux. Si l'examen révèle la présence de sucre dans le foie, le médecin pourra affirmer que l'enfant n'est pas mort des suites d'une affection antérieure à sa naissance. Si au contraire la docimasie hépatique est négative, si le foie a perdu son glycogène et son glucose, l'expert pourra affirmer que l'enfant souffrait depuis plus ou moins longtemps déjà. Mais là devront se borner ses affirmations.

A plus forte raison ne pouvons-nous admettre que la viabilité soit refusée à un enfant par suite de l'état de santé de la mère. La question cependant a été soulevée, et résolue par l'affirmative.

Il y a déjà nombreuses années, en 1875, le tribunal civil, puis la Cour d'appel de Lyon furent saisis d'une affaire de viabilité extrêmement curieuse, qui fit l'objet d'un rapport d'un de nos maîtres lyonnais, M. le professeur Fochier :

« Un sieur R..., voulant révoquer par la survenance d'un enfant une donation faite par contrat à l'une de ses nièces, se marie deux fois, et ne réussit à avoir un enfant que dans les conditions suivantes : à son second mariage : La femme R... souffrait d'une affection thoracique caractérisée par de la toux et de l'oppression, lorsque, au septième mois de sa grossesse, en février 1875, sa bronchite ayant pris la forme galopante (expression du médecin qui la soignait), elle accoucha d'un enfant très faible, qui ne cria pas, ne put rien prendre, mais ne reçut d'autres soins que ceux d'une matrone (non d'une sage-femme) qui avait assisté à l'accouchement. L'enfant vécut onze heures ainsi que cela fut soigneusement constaté par les déclarations de naissance et de décès. La mère survécut deux jours (1). »

La question de viabilité de l'enfant R..., se présenta à l'ouverture de la succession de son père. Un premier expert conclut à la non-viabilité. Cette conclusion fut confirmée peu après par trois nouveaux experts, nommés par le tribunal. Ils affirmèrent que l'enfant R..., par suite de l'état de sa mère, « présentait une lésion essentielle existant dans le sang, ayant une cause antérieure à sa naissance, et à laquelle sa mort devait être attribuée ». C'est alors que M. Fochier fut saisi de l'affaire. Après critique des rapports précédents, il concluait : « Je nie d'une façon absolue que les enfants nés d'une mère qui tousse et suffoque apportent en naissant une lésion essentielle du sang incompatible avec la vie, et j'affirme que pour moi la non-viabilité de l'enfant R... n'est nullement démontrée. »

(1) FOCHIER, *Lyon Médical*, avril 1877, p. 442.

Le tribunal passa outre, admit « que la maladie de la mère avait introduit une lésion essentielle dans le sang du fœtus, qui a dû être fatalement vicié » et conclut à la non-viabilité.

La Société de médecine légale de Paris fut consultée, et conclut à son tour à la non-viabilité.

En dépit de tous ces arrêts, et sans juger s'il existait dans l'état de l'enfant R... d'autres causes de non-viabilité (débilité congénitale, altération organique), les conclusions de M. Fochier nous paraissent les seules en accord avec l'esprit de la jurisprudence. Car, comme le disait M. Français commentant ce rapport devant la Société des sciences médicales de Lyon : La maladie de la mère, « l'altération du sang de l'enfant donnent de très grandes probabilités de mort, mais on ne peut pas prouver qu'elles rendent la vie extra-utérine certainement impossible.... Entre la très grande probabilité et la certitude, il y a la même différence qu'entre le très grand et l'infini. Les probabilités se mesurent, la certitude est une et n'admet pas de degrés. »

CONCLUSIONS

Nous nous sommes efforcé, dans le cours de ce travail, de passer en revue les divers cas que peut soulever la question de viabilité. Nous n'avons point la prétention d'avoir été complet ; tel n'était, d'ailleurs, pas notre but. Nous voulions seulement examiner, à la lueur de conquêtes scientifiques récentes, ce problème de la viabilité, et voir comment l'ont modifié et l'apparition des couveuses, et les progrès actuels de la chirurgie et de la thérapeutique.

Une courte incursion dans le domaine clinique a laissé dans notre esprit deux impressions principales :

La première, c'est la difficulté constante, l'impossibilité fréquente de diagnostiquer la non-viabilité. L'expert, en présence de ce problème, sera toujours embarrassé, bien souvent incompétent.

La seconde, c'est que les conditions de la viabilité sont essentiellement variables. Chaque jour, se rétrécit le cadre dans lequel on peut grouper les cas de non-viabilité. Nous avons vu combien l'apparition des couveuses avait modifié l'aptitude à la vie des enfants nés avant terme. Les enfants de six mois peuvent maintenant être élevés

dans une proportion de 30 p. 100. N'est-on pas en droit de supposer que ce mouvement ira s'accroissant, et ne peut-on pas espérer, dans un avenir plus ou moins lointain, voir survivre des enfants qui n'auront pas plus de quatre ou cinq mois de gestation ?

Que devient dès lors la viabilité légale, dont le terme était fixé à 180 jours ? Nous avons admis que les juges, obligés de statuer dans tous les cas, devaient adopter une base d'appréciation, un criterium qui pût s'appliquer aux cas où la science est incompétente. C'est ainsi, disions-nous, que dans les questions de survie, le législateur a établi l'ordre dans lequel les personnes seraient présumées avoir succombé, lorsque cet ordre ne peut être établi scientifiquement par l'expert. Dans les questions de viabilité, le législateur n'a pas pris le même soin. Mais les jurisconsultes ont adopté, comme durée minima de la gestation compatible avec la vie, le terme de 180 jours. Si, toutefois, nous reconnaissons aux magistrats le droit d'adopter ainsi une base d'appréciation, au moins demandons-nous deux choses : c'est d'abord que leur criterium soit en rapport avec les données actuelles de la science (et à ce titre le terme de 180 jours doit être actuellement repoussé). C'est ensuite que ce criterium ne soit appliqué que lorsque les faits n'auront pu être appréciés scientifiquement.

Il est un principe qui domine toute l'histoire de la viabilité, c'est que toutes les fois qu'il y a vie, la viabilité est présumée. Ce principe n'est pas mentionné dans notre Code ; il est nettement formulé dans le Code italien. Or, une présomption ne peut être détruite que par une certitude contraire. Nous ne voyons donc pas la nécessité de prévoir les cas où l'expert ne pourra conclure d'une façon

certaine. La présomption restera toujours en faveur de la viabilité.

Nous souhaiterions toutefois que ce principe fût consacré par la loi. Ainsi se trouveraient écartées des discussions interminables, dans lesquelles se joue la fortune, souvent l'unique ressource des familles.

Il y aurait lieu, croyons-nous, d'introduire dans notre Code, à la suite des articles qui exigent la viabilité une clause restrictive ainsi conçue :

« L'enfant sera considéré comme viable toutes les fois qu'il sera né vivant ; sa non-viabilité ne pourra être déclarée que lorsqu'elle aura été établie d'une façon certaine et irréfutable par le rapport des médecins. »

Ainsi notre loi échapperait à toutes les critiques qu'ont dirigées contre elle les auteurs étrangers. Le principe juridique de la viabilité, dont nous avons montré la légitimité, subsisterait encore ; et les difficultés pratiques seraient à jamais écartées.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LACASSAGNE.

Vu :

POUR LE DOYEN.

L'Assesseur :

LACASSAGNE

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

AHLFELD. — *Archiv für Gynækologie*. — Band VIII, page 194, 1875.

BAUDOUIN. — *Revue Scientifique*, 1893, 1^{er} semestre, n° 3.

BERTHOD. — La Couveuse et le Gavage à la Maternité de Paris. Thèse de Paris, 1887.

BORDAS et DESCoust. — Influence de la putréfaction sur la docimasia pulmonaire hydrostatique. *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, 1895.

BRIAND et CHAUDÉ. — Manuel complet de Médecine légale, tome I, page 300.

BROUARDEL. — L'Infanticide, 1897.

BUDIN. — Le Nourrisson, Paris, 1900.

— Enfants débiles. *Bulletin Académie de Médecine*, 14 mars 1899.

— De certains cas dans lesquels la docimasia pulmonaire hydrostatique est impuissante à donner la preuve de la respiration. — *Annales d'Hyg. et Méd. légale*, 1872.

CAPURON. — Médecine légale relative à l'art des accouchements. Paris, 1821.

CARNOT. — Sur l'article-300.

CHAUSSIER. — Mémoire médico-légal sur la viabilité de l'enfant naissant. Paris, 1826.

CHAPOT-PRÉVOST. — Chirurgie de Tératopages. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1^{er} septembre 1901.

- DEVERGIE. — Médecine légale, t. I, page 222.
- DADAY. — Recherches expérimentales sur la putréfaction des poumons et la docimasie. Thèse de Lyon, 1898.
- EROES. — *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. Années 1893 et 1895.
- FAVRE. — La docimasie pulmonaire. Rôle de la putréfaction du poumon. Étude médico-légale. Paris, 1896.
- FEHLING. — Die Stirnfontanelle und der Horizontalumfang des Schädels. — *Archiv für Gynækologie*. Band VIII, page 506.
- FOCHIER. — Note sur l'appréciation de la viabilité en médecine légale. *Lyon Médical*, avril 1877.
- FOCHIER et COLRAT. — Sur la présence du sucre dans le foie des nouveau-nés. *Province Médicale*, novembre 1892.
- FODÉRÉ. — Traité de Médecine légale, t. II, page 383.
— Art. viabilité, dans le Dictionnaire des Sciences médicales, tome LVII. Paris, 1824.
- FRANÇAIS. — Société des Sciences médicales de Lyon. *Lyon Médical*, avril 1877.
- GENDRIN. — Discussion médico-légale sur la viabilité (*Trans. med.*, t. III, p. 232. — Paris, 1884).
- GÉRY. — De la viabilité. Caractères. Paris, 1869 et *Ann. Hyg. et Méd. légale*. 2^e série, t. XXXV, page 239. Paris 1874.
- GEOFFROY SAINT-HILAIRE. — Question sur la viabilité des Êtres anormaux In. Traité des Anomalies de l'Organisme et *Annales Hyg. et Méd. légale*, t. XVII, page 436.
- GIGNOUX. — Des avantages au point de vue hospitalier, de la chambre couveuse installée à la Charité de Lyon. Thèse de Lyon, 1898.
- GUÉNIOT. — Sur la faiblesse congénitale et son traitement. *Gazette des Hôpitaux*, 17 et 19 décembre 1872.
- GUINARD. — Précis de Tératologie. Paris 1893.
- HERVIEUX. — Communication à l'Académie de Médecine, le 4 avril 1899.
- HUDELLET. — Viabilité du fœtus dans ses rapports avec la médecine légale. Thèse de Paris, an XI.
- HOLOWKO (ANTON). — Zur Frage über Lebensfähigkeit sehr

- Kleiner, zu frühgeborener Kinder. *Centralblatt für Gynækologie* — 14 — 1890.
- JULIA. — De l'oreille au point de vue anthropologique et médico-légal. Th. de Lyon, 1889.
- KERGADEDEC. — Question d'embryologie médicale et théologique. Époque de la viabilité. *Ann. Hyg. et Méd. lég.* t. XXXV, page 445. Paris, 1846.
- LACASSAGNE. — Précis de Médecine judiciaire, 2^e édition, 1886, page 553.
- LACASSAGNE et ÉTIENNE MARTIN. — La Fonction glycogénique du foie. *Archives Anthropologie criminelle*, 1897, page 446.
- De la Docimasie hépatique. *Arch. Anthr. crim.* 1899, page 54.
- LEGRAND DU SAULLE. — Traité de Médecine légale, page 303.
- MAISON. — Appréciation de la viabilité chez les nouveau-nés. *Annales*, 3^e série, tome VII, p. 357. Paris, 1882.
- MAGNESCO. — Le Droit romain exigeait-il la viabilité ? *Revue juridique de Buenos-Ayres*, 1891, tome I, page 422.
- MALI. — Jurisprudence médicale relative à la viabilité des enfants nés avant le septième mois. *Ann. Hyg. et Méd. légale*, t. VIII, p. 466.
- MARC. — Question de vie et de viabilité au sujet d'un enfant extrait par l'opération césarienne. *Ann. Hyg. et Méd. légale*, t. XIX, p. 98. Paris, 1838.
- MARTIGNY (C. DE). — Jurisprudence médico-légale, page 30. Sur la viabilité en matière civile et criminelle.
- MARTIN (ERNEST. — Histoire des Monstres, 1880.
- MARTIN RUIZ MORENO. — El embrión y el recién nacido. Bajo el punto de vista medico-legal. Thèse Buenos-Ayres, 1899.
- MILLER. — Die Frühgeborenen und die Eigenthümlichkeiten ihrer Krankheiten *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1886.
- MINOVICI. — La viabilité au point de vue médico-légal. *Arch.*

ves d'Anthropologie criminelle, 13 janvier 1901.

OLLIVIER D'ANGERS. — Article Monstres et Monstruosités. Dans le Dictionnaire des Sciences médicales en 30 vol.

PASCAUD. — La Couveuse artificielle chez les nouveau-nés. Thèse de Paris, 1899.

POLAILLON. — Rapport à la Société de médecine légale de Paris. *Annales*, t. XLVII, p. 535, 1877.

PINARD. — Article Fœtus du Dictionnaire des Sciences médicales.

SAVIGNY. — Traité de Droit romain, t. I, pages 275 et 372.

TARDIEU. — Étude médico-légale sur l'infanticide, page 36, 1880.

— Mémoire pour servir à l'histoire de la viabilité. *Annales Hyg. et Méd. légale*, t. L, p. 193. Paris, 1853.

— Question médicale de la viabilité. *Annales Hyg. et Méd. légale*, t. XXXVII, deuxième série, page 110, 1872.

TARDIEU et LAUGIER. — Contribution à l'étude des monstruosité considérées au point de vue de la médecine légale. (*Annales Hyg. et Méd. légale*. Paris, 1874).

TARNIER. — La Couveuse et le Gavage buccal avec sonde. Abaissement de la limite de la viabilité. Communication à l'Académie de Médecine, 24 juillet 1885.

TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchements, 1888, tome I, p. 395.

TAYLOR. — Traité de médecine légale, pages 740 et suiv.

TOURDES. — Article viabilité. Dictionnaire des Sciences médicales.

TOURDES et METZQUER. — Traité de médecine légale, page 322.

VIBERT. — Précis de médecine légale, page 490.

FR. DE VEYGO. — Estudios medico-legales sobre el Código civil Argentino. Buenos-Ayres, 1900.

LYON
IMPRIMERIE A. STORCK & C^{ie}
8, Rue de la Méditerranée
